الاتجاهات الاصطلاحية في الإعاقات النمائية

أ.د. صلاح الدين حسين الشريف
أستاذ علم النفس التربوي وعميد كلية التربية – جامعة أسيوط
محمود محمد إمام عامر
مدرس مساعد بقسم علم النفس – كلية التربية - جامعة أسيوط
حاصل على منحة هيئة الفولبرايت في التربية الخاصة
جامعة كانساس بالولايات المتحدة الأمريكية

مقدمة:

على الرغم من تلقى الأفراد ذوي الإعاقات Individuals With disabilities عدد متنوع من الخدمات عبر العقود الماضية إلا أن طبيعة هذه الخدمات لم تكن ثابتة بل تغيرت باستمرار مع ظهور العديد من الفلسفات والمداخل المختلفة. ومن أمثلة هذا التغير ما رأيناه من كيفية تصنيف الأفراد ذوي الإعاقات لأغراض التدخل العلاجي ، حيث بدأ مجال التربية الخاصة في الاتجاه الشمولي generic مع بداية العقد الماضي. ففي السابق كانت المدارس تخدم أنماط معينة من الإعاقات (مثل التخلف العقلي) ، ومع تطور الخدمات بدأ اتجاه تقديم خدمات التدخل العلاجي للتلاميذ ذوي الإعاقات ينحو نحو مدخل أكثر شمولية وعمومية ، ولذلك ظهرت برامج عالمية لتدريب المعلمين على العمل مع التلاميذ ذوي القدرات الوظيفية المختلفة.

وهناك عدد من الأسباب التي تكمن وراء الاتجاه نحو النموذج الشمولي Generic Model في تقديم الخدمات وكذلك التعليم الخاص للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وهذه الأسباب تشمل التحول نحو الخدمات الوظيفية Functional Services، ظهور حركة الدمج Inclusion Movement ، تفريد الدعم Provision of Individual Supports ، وكذلك ظهور مدخل جديد في تعريف التخلف العقلي من قبل الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي The American Association on Mental Retardation (AAMR). وفي ورقة العمل هذه سوف نتناول تلك الأسباب بشئ من التفصيل مع عرض تفصيلي لاصطلاح الإعاقات النمائية وسمات واحتياجات الأفراد ذوي الإعاقات النمائية.

<u>التحول نحو الخدمات الوظيفية: **Movement of Functional**</u>

على الرغم من استمرار غالبية دول العالم في تقديم الخدمات للأفراد ذوي الإعاقات بناءاً على نوع الإعاقة مثل التخلف العقلي Mental Retardation ، إعاقات التعلم Learning disabilities ، الشلل المخي cerebral Palsy ، إلا أن هناك عدد من الدول المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية بدأت في تقديم الخدمات بناءاً على مستويات المهارات الوظيفية للتلاميذ Functional Skill Levels ، فعلى سبيل المثال يتم تقديم الخدمات للتلاميذ بناءاً على امتلاكهم لمستوى ضعيف Mild أو شديد Severe من الإعاقة بغض النظر عن تصنيفهم إكلينيكياً (التخلف العقلي ، مشكلات انفعالية ، إعاقات تعلم). (Smith, Finn,&Dowdy, 1993, Wehmeyer,2003) .

وقد استتبع تغيير نموذج تقديم التربية الخاصة والخدمات المرتبطة بها للأفراد ذوي الإعاقات المختلفة تغييرات في برامج إعداد وتدريب المعلمين. فبعد أن كانت هناك برامج خاصة لتدريب المعلمين الذين يتعاملون مع التلاميذ ذوي التخلف العقلي أو المعلمين الذين يتعاملون مع التلاميذ الذين يعانون من إعاقات تعلم أو إعاقات السمع أو البصر ، ظهرت برامج أكثر عمومية في طبيعتها لإعداد وتدريب المعلمين بوجه عام للتعامل مع الإعاقات المختلفة مع التركيز على مستويات القدرة الوظيفية. وقد أدى ذلك إلى ظهور فصول لتعليم التلاميذ ذوي مستوى الإعاقة الخفيف ، المتوسط أو الشديد بغض النظر عن نوع الإعاقة.

حركة الدمج: **The Inclusion Movement**

ساهم ظهور حركة الدمج في التحول نحو الاتجاه الشمولي في تقديم الخدمات وكذلك برامج تدريب وإعداد معلمي التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة. ويؤكد المدافعون عن حركة الدمج على وظيفية functionality الطفل بغض النظر عن النعت التصنيفي له. وتهدف حركة الدمج إلى تقديم الخدمات الملائمة للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة في بيئات تضم أقرانهم من العاديين ويتم تطبيق الدمج في التعليم من خلال تيسير الحصول على التعليم العام للتلاميذ ذوي الإعاقة جنباً إلى جنب مع العاديين من أقرانهم. وتمثل حركة الدمج تحول رئيسي في تقديم الخدمات التقليدية للتلاميذ ذوي التخلف العقلي أو أي إعاقة أخرى. (Smith,Pollowey, Pation& Dowdy, 1998, Smith, 1998).

تفريد الدعم: **Provision of Individual Supports**

اقتراناً مع الاتجاه نحو حركة الدمج في المدارس في عدد من دول العالم المتقدم والنامي بدأ أيضاً الاتجاه نحو دمج هؤلاء الأفراد في بيئات المجتمع المختلفة Normalized Community settings وقد استلزم الدمج في المجتمع ضرورة تقديم أنماط الدعم المختلفة لأسر الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وبذلك انتقل العاملون في مجال تقديم خدمات الرعاية من مجرد تقديم الدعم والرعاية لفئة واحدة من فئات الإعاقة مثل الأفراد ذوي التخلف العقلي إلى تقديم الدعم للأفراد الذين يحتاجون أنواع تدخل علاجي معينة. ويرى (Walker,1994, Smith, 1998) أن تفريد الدعم أدى إلى تحسين الخدمة المقدمة للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

تعريف التخلف العقلي الصادر عن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي: **(AAMR)**

قدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تعريفاً جديداً لمصطلح التخلف العقلي تم نشره لأول مرة عام 1992 (Luckasson et al., 1992) وقد تم مراجعة هذا التعريف مرة أخرى عام 2004 ويمثل هذا التعريف تحولاً جذرياً عن التعريفات السابقة للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي كما أنه يتماشى مع التغييرات الأخرى التي سبق ذكرها. ومؤدى هذا التعريف هو:

" يشير التخلف العقلي إلى جوانب قصور ملحوظة في الأداء الحالي للفرد ويتصف بأنه أداء عقلي دون المتوسط يتلازم مع قصور في أثنين أو أكثر من المجالات التالية لمهارات التكيف الوظيفية: التواصل ، الرعاية الذاتية ، المعيشة المنزلية ، المهارات الاجتماعية ، استخدام المجتمع ، توجيه الذات ، الصحة والسلامة ، المجالات الأكاديمية ، وقت الفراغ ، العمل. ويظهر التخلف العقلي قبل سن 18 سنة".(Luckasson et al., 1992,p.5).

ويرى هذا التعريف أنه من الصعب تصنيف الفرد بناءاً على درجات اختبار معين من اختبارات الذكاء أو أي محكات أخرى موضوعة ومقررة مسبقاً ، بل أن هذا التعريف يضع تأكيداً كبيراً على مستويات الدعم التي يحتاجها الفرد. وقد صدر متزامناً مع هذا التعريف نظام جديد للتصنيف سمى باسم (ILEP) مشيراً إلى المستويات الأربعة لتصنيف التخلف العقلي وهي على الترتيب:

1- المستوى المتقطع للدعم: **Intermittent**

ومستويات الدعم المتقطعة هي تلك التي يحتاجها الفرد كلما لزم الأمر فهي قصيرة المدى أو أنها تحدث على فترات زمنية متقطعة مثل فترات الانتقال والتحول transition Periods (فقدان وظيفة أو أزمة صحية).

2- المستوى المحدود للدعم: **Limited**

ومستويات الدعم المحدودة يحتاج إليها الفرد باستمرار في ظل فترة زمنية محدودة. والشدة المحدودة قد تتطلب أفراد أقل وتكلفة أقل من مستويات الدعم الأكثر شدة (على سبيل المثال التدريب على وظيفة عند التحول من المدرسة إلى مرحلة الرشد).

3- المستوى المتسع للدعم: **Extensive**

ويتم الحاجة لمستويات الدعم المتسعة بصورة منتظمة وتتصف الشدة الممتدة للدعم بالتدخل المستمر (على سبيل المثال يومياً) في بعض البيئات (مثل العمل ، المنزل) ودائماً ما تكون طويلة المدى وليست مرتبطة بفترة زمنية محدودة.

4- المستوى الممتد للدعم: **Pervasive**

ويتم الحاجة لمستويات الدعم الممتدة عبر بيئات الفرد المختلفة وتتسم بطبيعتها المستمرة والشديدة عبر حياة الفرد وتستلزم عدد أكثر من الأفراد والقائمين على رعاية الفرد وكذلك التدخل المستمر في روتين الفرد اليومي.

والملاحظ أن هذا النظام الجديد لتصنيف التخلف العقلي والقائم على تحديد مستويات شدة الدعم Intensities of Supports والذي حل محل النظام القديم لتصنيف التخلف العقلي إلى تخلف عقلي خفيف ومتوسط وشديد وعميق Mild, Moderate, Severe, Profound قد تحول بالباحثين والعاملين في مجال التربية الخاصة من التأكيد على درجات العجز (وهي نظرة سلبية) إلى النظر إلى ما يحتاجه الفرد من دعم ليحقق نجاحه في حياته (وهي نظرة إيجابية).

تعريف الإعاقات النمائية:

تعتبر الإعاقات النمائية هي الفئة المظلة Umbrella Category التي تشتمل على المشكلات التي تبدأ في التأثير على الأفراد أثناء فترة نموهم والممتدة من سن 5 سنوات وحتى 22 سنة. ولهذه الفئة توجه وظيفي حيث تحدد الأفراد الذين ستسبب لهم إعاقاتهم عدداً من الاحتياجات في أنشطة معينة. وتعتبر الإعاقات النمائية "إعاقات مزمنة" Chronic Disabilities تستمر دون زمن محدد لتوقفها. ولهذا فإن الأثر طويل المدى للإعاقات النمائية يُعّد متسعاً في تأثيراته ، كما أن الأفراد ذوي الإعاقات النمائية يحتاجون لمستوى من الدعم والخدمات طول فترة حياتهم (Smith, 1998).

وتختلف فئة الإعاقات النمائية عن فئة التخلف العقلي أو أي فئات إكلينيكية أخرى من حيث أنها تشتمل عدد متنوع من الظروف التي تؤثر على حياة الأفراد. وتعرف الإعاقات النمائية على أنها إعاقة حادة ومزمنة لفرد عمره 5 سنوات فأكثر:

أ - وترجع إلى عجز عقلي أو جسدي أو عجز مركب من الاثنين معاً.

ب – وتظهر قبل أن يتم الفرد عامه الثاني والعشرين.

جـ- من المحتمل أن تستمر بلا توقف.

د- تؤدي إلى وضع مقيدات على الفرد في ثلاث أو أكثر من مجالات أنشطة الحياة التالية:

- **رعاية الذات Self- care**
- **اللغة التعبيرية أو الاستقبالية Receptive and Expressive language**
- **التعلم Learning**
- **توجيه الذات Self-direction**
- **الحركة Mobility**

- القدرة على استقلالية المعيشة **Capacity for Independent Living**
- الاكتفاء الذاتي من الناحية الاقتصادية **Economic self-Sufficiency**

هـ – تعكس حاجة الفرد لمركب أو سلسلة من الخدمات والدعم الخاص والعام ومن جانب عدد متنوع من المتخصصين ، كما أن هذا الدعم وهذه الخدمات تستمر مدى الحياة.

ويلاحظ أن هذا المصطلح حينما يتم استخدامه ليشير إلى الأطفال الرضع أو الصغار من عمر الميلاد وحتى عمر 5 سنوات يعنى التأخر أو العيوب الخلقية والتي يزداد معها احتمال حدوث الإعاقات النمائية بمفهومها السابق ذكره بعد عمر 5 سنوات وذلك إذا لم يتم التدخل العلاجي المبكر Early intervention.

وطبقاً لتعريف الإعاقات النمائية فإن هذا التعريف يركز على القضايا الوظيفية أكثر من القضايا التصنيفية كما أنه يشتمل عدد متنوع من الظروف المعوقة للفرد. فهذا التعريف يذهب بعيداً عن فئة مفردة أو إعاقة واحدة فعلى سبيل المثال تشتمل فئة الإعاقات النمائية الظروف التالية:

- **التخلف العقلي Mental Retardation**
- **الصرع Epilepsy**
- **السنسنة المشقوقة أو الصلب الأشرم Spina bifida**
- **الشلل المخي Cerebral palsy**
- **المشكلات الانفعالية Emotional Problems**
- **التوحد Autism**
- **الصمم – العمى المقترن Deaf - blindeness**
- **عرض برادر ويلي Prader Willi syndrome**
- **عرض x الهش Fragile x Syndrome**
- **فقر الدم المنجلي Sickle cell anemia**

غير أن هناك العديد من الظروف الأخرى التي تقع تحت مظلة الإعاقات النمائية ، فعلى سبيل المثال يرى (Bender, 1992, Browder, 2003) أن صعوبات التعلم تندرج تحت الإعاقات النمائية وهو الأمر الذي قد يرفضه بعض الباحثين لأنه يزيد من حجم مجتمع الأفراد ذوي الإعاقات النمائية.

سمات واحتياجات الأفراد ذوي الإعاقات النمائية:

نظراً لتغاير فئة الإعاقات النمائية فمن الصعب الحديث عن سمات واحتياجات عامة وموحدة Universal لأفراد هذه الفئة. ومع ذلك فهناك بعض السمات والاحتياجات الشائعة بين أفراد هذه الفئة فمن خلال التعريف السابق ذكره نستطيع أن نستنج أن الأفراد ذوي الإعاقات النمائية يظهرون إعاقة مزمنة وحادة Chronic والتي من المحتمل أن تستمر عبر حياة الفرد وهو ما يترتب عليه أن يحتاج الفرد إلى خدمات متخصصة ومساعدة مستمرة عبر حياته يتم تقديمها من قبل العديد من المتخصصين والهيئات المختلفة.

(Developmental Disabilities Assistant and Bill of Rights Act, 1994)

وسمة أخرى للأفراد ذوي الإعاقات النمائية هي أن هذه الإعاقات ينجم عنها وضع مقيدات على العديد من أنشطة الحياة الوظيفية: وتشتمل هذه رعاية الذات ، اللغة والتواصل ، الحركة ، التعلم ، توجيه الذات ، الاكتفاء الذاتي اقتصادياً .

وهكذا فإن الإعاقات النمائية تتسم بوجود تأثير وظيفي Functional Impact لها على الفرد. وإذا لم تؤدي الإعاقة إلى حدوث هذه المقيدات في ثلاثة على الأقل من المجالات السابق ذكرها فإن الفرد لا يندرج تحت فئة ذوي الإعاقات النمائية.

واعتماداً على السمات الخاصة للأفراد ذوي الإعاقات النمائية تبرز الحاجة إلى الخدمات الفردية المباشرة وأنواع الدعم البيئي. وتشتمل الخدمات الفردية المباشرة رعاية الفرد اليومية Attendant Care ، التدخل العلاجي التعليمي Educational Intervention ، والإرشاد Counseling. وتشتمل أنواع الدعم البيئي العديد من أنواع التدخل العلاجي المختلفة والتي يمكن أن تعدل من بيئة الفرد.

وهكذا فإن معظم الأفراد ذوي الإعاقات النمائية يحتاجون لتعديلات بيئية Environmental Modifications والخدمات الفردية المباشرة ، إلا أن هناك بعض الأفراد الذين قد يحتاجون للمساعدة والرعاية في واحدة من المجالات التالية:

احتياجات الرعاية الذاتية: **Self – care Needs**

ترتبط الرعاية الذاتية مباشرة بالمعيشة المستقلة. وعلى الرغم من تباين الأفراد ذوي الإعاقات النمائية في احتياجات الرعاية الذاتية ، إلا أنهم غالباً ما يحتاجون للمساعدة في أنشطة الحياة اليومية. وبوجه عام فإن مهارات الرعاية الذاتية دائماً ما يتم تصنيفها في فئتين: (أ) المأكل ، (ب) الملبس والنظافة (Smith, 1998, Browder, 2003)

ودائما ما تؤثر الطبيعة المزمنة للإعاقات النمائية على قدرة الأفراد على العيش باستقلالية. فالعديد من الأفراد ذوي الإعاقات النمائية قد يحتاجون على سبيل المثال إلى خدمات المساعدة الشخصية والتي تعرف على "أنها عدد من الخدمات تقدم من جانب شخصي أو أكثر ويتم تصميمها لمساعدة الفرد ذوي الإعاقة على أداء أنشطة الحياة اليومية".

احتياجات اللغة والتواصل: **Language and Communication Needs**

يظهر الأفراد ذوي الإعاقات النمائية عجزاً في كل من اللغة الاستقبالية receptive والتعبيرية expressive . وتتراوح مشكلات اللغة لدى الأفراد ذوي الإعاقات النمائية من مشكلات خفيفة في الحديث التعبيري إلى عجز ظاهر وعميق Profound dysfunction في كل من القدرات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية. (Talbott, 1992, Wehmeyer, 2003). وبغض النظر عن درجة حدة مشكلات اللغة والتواصل لدى الأفراد ذوي الإعاقات النمائية فإن التدخل العلاجي دائماً يكون شبه مضمون بسبب الدور الحيوي الذي تلعبه اللغة في المجتمع. (Polloway & Smith, 1992, Browder, 2003).

وهناك العديد من أنواع التدخل العلاجي المرتبطة بمشكلات التواصل اعتماداً على الطبيعة الخاصة للمشكلة. فعلى سبيل المثال قد تكون أنواع التدخل العلاجي بسيطة مثل مجرد تنمية اللغة من خلال أفراد البيئة المحيطة بالفرد لغوياً أو معقدة مثل زرع الأعصاب السمعية داخل

أذن الفرد ذي الإعاقة النمائية Cochlear Implants لتسهيل مهارات التواصل. وبناءاً على مدى تعقد التدخل العلاجي المطلوب فإن هناك العديد من الأفراد يمكنهم القيام بهذا التدخل العلاجي ، على سبيل المثال أخصائيو التخاطب القائمين على الرعاية ، أو معلمي المدرسة وأفراد الأسرة أو الأطباء.

احتياجات التعلم: **Learning Needs**

من بين كل الاحتياجات التي يحتاجها الأفراد ذوي الإعاقات النمائية تعتبر احتياجات التعلم هي الأكثر من حيث تلقيها لانتباه العديد من الأفراد وكذلك أنواع التدخل العلاجي المختلفة ويشير (Wolfe, 1992) إلى أن الإيفاء بالاحتياجات التعليمية للأفراد ذوي الإعاقات النمائية كان دائماً يتسم بالشمولية.

وفي دولة متقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية نجد أن التشريعات الصادرة كانت كلها تركز على تقديم الخدمات التعليمية والإيفاء باحتياجات التعلم للأفراد ذوي الإعاقات النمائية حيث ينص قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات Individuals with Disability Education Act (IDEA) على إتاحة فرص التعليم والتعلم لأفراد هذه الفئة داخل نظام المدارس العامة جنباً إلى جنب مع أقرانهم من العاديين (US Department of Education, 1994) وقد نجحت الدول المتقدمة أيضاً في تطبيق ما يسمى ببرنامج التعليم الفردي Individualized Education Program (IEP) والإيفاء باحتياجات الأفراد ذوي الإعاقات النمائية في عملية التعلم (Smith et al., 1994, Smith, 1998).

احتياجات الحركة والتنقل: **Mobility Needs**

كانت خدمات التدريب على الحركة والتنقل مقصورة فقط على الأفراد ذوي الإعاقات البصرية ، ومع ذلك فقد تناولت بعض الأبحاث الحديثة احتياجات الأفراد ذوي الإعاقات النمائية لهذه الخدمات. وأشار (Clees, 1992, Wehmeyer, 2003) إلى أن الأفراد ذوي الشلل المخي Lerebral Palsy يحتاجون للمساعدة في الحركة نتيجة للعجز الموجود في حركتهم ، كما أن الأفراد ذوي التخلف العقلي يحتاجون للمساعدة عند استخدامهم لوسائل النقل العام ، وهناك العديد من المعوقات التي تحول دون تحرك الأفراد ذوي الإعاقات النمائية بطريقة مستقلة منها معوقات مادية Physical barriers (على سبيل المثال وجود سلم بدون درابزين) ، معوقات اجتماعية Social barriers (مثل عدم السماح لبعض الأطفال بالمشاركة في بعض الأنشطة الجسمية) ، ومعوقات تتصل بوسائل النقل Transportation barriers (مثل عدم وصول خدمات النقل للأفراد ذوي الإعاقات النمائية كل في مكانه).

وقد تأخذ احتياجات الحركة لدى الأفراد ذوي الإعاقات النمائية أشكال مختلفة معقدة مثل (أ) التجول عبر البيئات المختلفة (المشي ، الجري ، التزلج ، الشد ، الزحف ، النقل من وإلى الكرسي المتحرك) ، (ب) وسائل النقل بين البيئات المختلفة (مثل العربات المخصصة لهؤلاء الأفراد ، الكراسي المتحركة الإلكترونية ، العجلة).

احتياجات توجيه الذات: **Self – Direction Needs**

تقصد باحتياجات توجيه الذات هو أن يكون الأفراد ذوي الإعاقات النمائية مسئولين عن الأحداث التي تؤثر في حياتهم وأن يعتقدوا بأن مثل هذا التحكم في مسار حياتهم أمر يمكن حدوثه. فالأمر الشائع بين هؤلاء الأفراد هو أن مقدمي الخدمة والرعاية وكذلك أفراد أسرهم لا يحترمون تفضيلاتهم ولا يتيحون لهم فرصة الاختيار واتخاذ القرار. وقد أشار (Brawrer-Jones, 1994, Wehmeyer, 2003) إلى أن إملاء مسارات حياة الأفراد ذوي الإعاقات النمائية من قبل مصدر تحكم خارجي أمر مرفوض تماماً لأنه يؤدي إلى تنمية مشاعر العجز المتعلم وعدم الحيلة Learned helplessness والتي تؤدي بدورها إلى اعتقاد الفرد لعدم قدرته على المشاركة في اتخاذ القرار بالنسبة للأنشطة التي تؤثر على مسارات حياته.

ومن هنا يجب تدريب الأفراد ذوي الإعاقات النمائية على ما يسمى بالدفاع عن حقوق الذات Self-advocacy ويرى (Smith, 1998) أن عملية الدفاع عن الذات هذه لا تساعد الفرد فقط على اتخاذ القرارات الخاصة بالقضايا التي تؤثر على حياته بل أنها تساعده على فهم دوره في إدارة والتحكم في حياته.

احتياجات الاكتفاء الذاتي اقتصادياً **Economic Self – Sufficiency Needs**

تشير البيانات البحثية إلى أن معدلات البطالة مرتفعة بين الأفراد ذوي الإعاقات النمائية وهو الأمر الذي أدى إلى عدم الإيفاء باحتياجات الاكتفاء الذاتي اقتصادياً لهذه الفئة من الأفراد ويرى (McDonnell et al., 1995) إلى أن هناك خدمات خاصة لابد من تواجدها لمساعدة الأفراد ذوي الإعاقات النمائية على تحقيق هدف الاكتفاء الذاتي اقتصادياً وتتمثل المساعدة الأولية في أنماط الدعم المرتبطة بالعمل Work-related Supports.

وهناك بعض الخدمات التي فرضتها التشريعات في بعض الدول المتقدمة فعلى سبيل المثال تجد أنه في دولة مثل الولايات المتحدة الأمريكية تقدم خدمات الانتقال Transition services من بيئة المدرسة إلى بيئات العمل المختلفة. وتتضمن برامج الانتقال Transition Programs قيام المدرسة ببناء خطط للانتقال أو التحول ، وقيام المدارس بالتنسيق مع هيئات تقديم الخدمة للراشدين ذوي الإعاقات النمائية لتنفيذ هذه الخطط. وينبغي أن تركز برامج الانتقال هذه على تنمية مهارات العمل Job Skills واهتمامات الأفراد ذوي الإعاقات النمائية بالإضافة إلى تقديم أهداف وغايات مرتبطة بأداء الأفراد ذوي الإعاقات.

كما ينبغي إتاحة برامج دعم التوظيف للأفراد ذوي الإعاقات النمائية في ظل بيئات المجتمع المختلفة وتحتاج هذه البرامج إلى توفير أفراد تقوم بتدريب الأفراد ذوي الإعاقات النمائية على وظائف معينة تتناسب مع إعاقاتهم النمائية. وبعد فترة يتم سحب هذا الفرد المدرب وهناك شكل آخر لتقديم الخدمة يتمثل في قيام أفراد من العاملين في مكان العمل بمتابعة الفرد ذي الإعاقة النمائية لتولي الإشراف على عمله.

التشريعات واحتياجات الأفراد ذوي الإعاقات النمائية:

في ظل وجود هذه الاحتياجات السابق ذكرها للأفراد ذوي الإعاقات النمائية قامت بعض الدول المتقدمة بإصدار التشريعات الخاصة التي تتضمن تقديم الرعاية لهذه الفئة والإيفاء باحتياجاتهم.ونقدم في ورقة العمل هذه نبذة عن تطور التشريعات التي أُصدرت داخل الولايات المتحدة الأمريكية لضمان تقديم الرعاية المتكاملة للأفراد ذوي الإعاقات النمائية:

- **(1970) قانون بناء الخدمات والتسهيلات للأفراد ذوي الإعاقات النمائية كان هذا القانون هو أول قانون يقدم مفهوم للإعاقات النمائية.**
- **(1971) قانون الضمان الاجتماعي. قدم هذا القانون فكرة ضرورة توفير خدمات الرعاية للأفراد ذوي التخلف العقلي.**
- **(1975) قانون تعليم كل الأطفال المعاقين. وقد ألزم هذا القانون جميع المدارس بتقديم الخدمات التعليمية الملائمة للأفراد ذوي الإعاقات.**
- **(1978) إصلاحات الخدمات الشاملة وخدمات إعادة التأهيل للأفراد ذوي الإعاقات. وقد أعاد هذا القانون تعريف مصطلح الإعاقات النمائية ليركز أكثر على الوظيفية.**
- **(1984) إصلاح قانون الإعاقات النمائية. وركز هذا القانون على الأنشطة المرتبطة بالعمل بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقات النمائية.**
- **(1990) قانون مساعدة الأفراد ذوي الإعاقات النمائية وثيقة حقوقهم. وقد ركز هذا القانون على مراجعة جميع القوانين السابقة مع التركيز على الدفاع عن وحماية الأفراد ذوي الإعاقات النمائية.**
- **(1990) تعديلات على قانون 1990 لتعليم جميع المعاقين. وقد تم تعديل الاسم إلى قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات (IDEA) Individual with Disabilities Education Act وقد أضاف هذا القانون إعاقة التوحد autism وإصابة المخ نتيجة حادث Traumatic brain injury إلى فئة الإعاقات النمائية.**
- **(1990) قانون الأمريكيين ذوي الإعاقات ويعتبر هذا القانون وثيقة ضخمة لحقوق الأفراد ذوي الإعاقات داخل المجتمع الأمريكي.**

وبعد هذا الرصد للاتجاهات الاصطلاحية في الإعاقات النمائية يبقى أن نقول أن المجتمع المصري في حاجة إلى تحديد مصطلحات الإعاقة طبقاً للمعايير البحثية العالمية وأن تواكب التشريعات والقوانين داخل المجتمع هذه القفزات التي يشهدها العالم في مجال تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

References for Further Readings

Astuto, T., Clark, D., Read, A., McGree, K., & Fernandez, L. (1994). Roots of reform: Challenging the assumptions that control change in education. Blommington, IN: Phi Kappa Educational Foundation.

Beane, J. A. (Ed.) (1995). Toward a coherent curriculum (1995 ASCD Year book). Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.

Browder, D. (2003) A content analysis of the curricular philosophies reflected in the states alternate assessment performance indicators. *Research and Practice for Person with Severe Disabilities*, 28 (4), 165 – 81.

Costa, A. L., Kallick, B. (1993). Through the lens of a critical friend. *Educational leadership*, 51 (2), 49-51.

DeStefano, L., & Wagner, M. (1993). Outcomes assessment in special education: Implications for decision making and long term planning in vocational rehabilitation. Career Development for exceptional Individuals, 147-158.

Edelen Smith, P. J. (1995). Eight elements to guide goal determination for IEPs. Intervention in School and Clinic, 30, 297-301.

Edgar, E., & Polloway, E. (1994). Education for adolescents with disabilities: Curriculum and placement issues. The Journal of Special Education, 27, 438-452.

Education for All Handicapped Children Act of 1975, 20 U.S.C. & 1400 et seq.

Hoachlander, G. (1995). What the numbers really mean. *Vocational Education Journal*, 70 (3), 20-23, 50.

Horgan, J. (1995). From complexity to perplexity. Scientific American, 272 (6), 104-109.

Individuals with Disabilities Education Act of 1990, 20 U.S.C. & 1400 et seq.

Johnson, D., Thompson, S., Sinclair, M., Krantz, G., Evelo, S., Stolte, K., & Thompson, J. (1993). Considerations in the design of follow-up and follow-along systems for improving transition programs and services. *Career Development for Exceptional Individuals*, 16, 225-238.

Joyce, B. (1990). Prologue. In B. Joyce (Ed.), Changing school culture through staff development (pp. Xv-xviii).

Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.

Kaufman, R. (1995). Mapping educational success (Revised). Newbury park, CA: Corwin Press.

Kohler, P. D. (1993). Best practice in transition: Substantiated or implied? *Career Development for Exceptional Individuals*, 16, 107-121.

Newmann, F. M. (1993). Beyond common sense in educational restructuring: The issue of content and linkage. Educational Researcher, 22 (2), 4-13, 22.

Sarason, S. (1993). The case for change: Rethinking the preparation of educators. San Francisco: Jossey-Bass.

Siegel, P., & Byrne, S. (1994). Using quality to redesign school systems. San Francisco: Jossey-Bass.

Smith, G. J., & Edelen-Smith, P. J. (1990). A commencement based model of secondary education and training in mild mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 15-24.

Smith, G. J., & Edelen-Smith, P. J. (1993). Restructuring secondary special education Hawaiian style. Intervention in school and Clinic, 28, 248-252.

Smith, G. J., & Stodden, R. A. (1994). Restructuring vocational special needs education through interdisciplinary team effort; Local motion in the Pacific Basin. Journal for Vocational Special Ne*eds Education*, 16 (3), 16-23.

Smith, G. J., Bisconer, S. W., van Geldern, L., & Rhuman, J. H. (1994, April). Assessing the value added through transformational staff development: The challenge to evaluate quality. Paper presented at the 72nd Annual Conference of the Council for Exceptional Children, Denver.

Smith, G. J., Edelen-Smith, P. J. & Stodden, R. A. (1995). How to avoid the seven pitfalls of systematic planning: A school and community plan for transition. Teaching Exceptional Children, 27 (4), 40-47.

Smith, G. J., Stodden, R. A., & Edelen-Smith, P. J. (1994). Restructuring and improving transition services through school-university collaboration. Educational perspectives, 28 (2), 21-24.

Smith, T. (1998). Developmental disabilities: Definition, description and directions. In Alan Hilton and Ravic

Ringlaben (eds.) Best and promising practices in developmental disabilities. Pro.ed, U.S.A.

Smull, M. W. (1995). After the plan. AAMR News and Notes, 8 (4), 5,8.

SouthEastern Regional Vision for Education. (1994). Overcoming barriers to school reform in the southeast. Greensboro, NC: Author.

Spady, W. G. & Marshall, K. J. (1991). Beyond traditional outcome-based education. Educational Leadership, 49 (2), 67-72.

Spady, W. G. (1994). Outcome-based education: Critical issues and answers. Arlington, VA: American Association of School Administrators.

Stodden, R. A. (1991). Career/vocational preparation for students with sisabilities: A program improvement guide. Tallahassee: Florida State Department of Education.

Stodden, R. A., & Leake, D. W. (1994). Getting to the core of transition: A re-assessment of old wine in new bottles. Career Development for Exceptional Individuals, 17 (1), 65-76.

Wehmeyer, M. (2003). Defining Mental retardation and ensuring access to general curriculum. Education and Training in Developmental disabilities, 38 (3), 271- 82.